APOTEKSTJÄNST

Kvittenslista utlämnande av paket
Apotek och ombud

Fylls i vid mottagande:			**Fylls i vid utlämnande:**		
Namn på Boende eller HSV	**Kolli-nr**	**Paket mottaget (datum)**	**Paket utlämnat (datum)**	**Paket utlämnat av (signatur)**	**Paket utlämnat till (namn)**

Apotekstjänst Sverige AB Gåshaga brygga 1 181 85 Lidingö Telefon 010-221 69 70 Fax 08-766 79 17
Org. nr 556577-4097 www.apotekstjanst.se kundtjanst@apotekstjanst.se

© Apotekstjänst Sverige AB_220511